FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE N° 1017

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean Paul AUBRIOT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Juin 1938, à Palaiseau (S. & O.)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

UNE STATISTIQUE D'HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE OBSERVEES EN SERIE CONTINUE PENDANT 7 ANNEES DE FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE BAUDELOCQUE

Président : Mr. LACOMME *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean Paul AUBRIOT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Juin 1938, à Palaiseau (S. & O.)

Présentée et soutenue publiquement le

UNE STATISTIQUE D'HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE OBSERVEES EN SERIE CONTINUE PENDANT 7 ANNEES DE FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE BAUDELOCQUE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Mr. LACOMME *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0046

1-2-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÉZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) COUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (C.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents.

Puissent-ils trouver dans ce travail un témoignage de ma très profonde affection et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A ma Femme

Avec toute ma tendresse.

A mon Fils Laurent

A mes Beaux Parents.

A mes Soeurs,

A ma Belle-soeur, à mes Beaux - Frères

A Christophe, Hervé, Sophie, mes neveux et nièce

A tous les Miens

A mes Amis

A Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à l'Hôpital Baudelocque.

Accoucheur des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse

Hommages respectueux.

Au Docteur LEWIN

Professeur Agrégé à la Faculté

A qui nous devons la majeure partie de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre vive reconnaissance.

A Mon Jury de Thèse

En Hommage respectueux à nos Maîtres au cours de notre Externat dans les Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur MATHEY

Monsieur le Professeur POILLEUX

Monsieur le Professeur KUSS

Monsieur le Docteur SALET

Monsieur le Docteur BLANCHON

A Tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A Nos Maîtres de Conférences.

INTRODUCTION

Les statistiques intéressant la mortalité maternelle au cours des accouchements montrent que les hémorragies de la délivrance n'ont pas complètement cessé de jouer un rôle.

Dans son rapport, Monsieur le Professeur RIVIERE (11) au Congrès de Paris en 1959, cite le chiffre de 28 morts par hémorragie de la délivrance sur 526.636 naissances, soit une proportion d'un peu plus de 5 morts par hémorragie de la délivrance pour 100.000 naissances. Ces cas mortels représentent environ 5 % des causes de mortalité maternelle. Cette dernière s'élève en effet à 562 pour les mêmes 526.636 naissances.

D'autre part, l'O.M.S. (8) indique pour la totalité des hémorragies de la grossesse et du travail le chiffre de 10,5 morts pour 100.000 nés vivants (en 1951).

Certes en valeur absolue les chiffres de la mortalité maternelle par hémorragie peuvent paraître relativement faibles. Mais en valeur relative, par rapport au nombre total de morts maternelles la proportion n'est pas négligeable.

D'autre part, malgré les progrès de la réanimation, les conséquences fonctionnelles et mêmes lésionnelles de ces hémorragies ne manquent pas d'attirer régulièrement l'attention sur la nécessité de les prévenir ou de les traiter dès qu'elles se produisent.

Les prévenir, c'est d'abord comprendre les circonstances dans lesquelles elles se produisent et chez quelles femmes elles se produisent. Les progrès récents de l'obstétrique ont peut être modifié les conceptions classiques. Ainsi on attire depuis longtemps l'attention sur la fréquence et la gravité des hémorragies en cas de gemellité par exemple, ou d'antécédents d'hémorragie de la délivrance au cours d'accouchement antérieurs Il est probablement intéressant de voir si la persistance actuelle des hémorragies de la délivrance est due à leur persistance chez ces femmes dont on connaît depuis longtemps la prédisposition ou bien, si actuellement les hémorragies observées le sont dans

des circonstances sur lesquelles l'attention a été moins souvent attirée.

C'est en ce sens qu'une statistique hospitalière comme celle-ci pouvait offrir un élément de jugement.

CHAPITRE I

MATERIEL ET METHODE

Nous avons passé en revue les hémorragies de la délivrance observées à la Maternité Baudelocque des années 1956 à 1962 inclusivement.

A - Fréquence des hémorragies de la délivrance

Au cours de ces 7 années consécutives, il a été effectué dans le service 20.059 accouchements, 299 hémorragies de la délivrance ont été observées, soit une fréquence d'environ 1,5 %.

Cette fréquence absolue des hémorragies de la délivrance ne permet évidemment guère de comparaison précise. La manière de définir l'hémorragie de la délivrance est en effet très variable selon les statistiques. Certains pèsent l'hémorragie qui se produit au cours de tous les accouchements et parlent d'hémorragie de la délivrance au délà de certains chiffres. 300 g. pour certains, 500g. pour d'autres, moins ou plus selon encore diverses statistiques. Mais l'on peut se demander dans quelle mesure il est possible sur une série continue assez longue de peser l'absolue totalité des saignements qui se produisent au cours des périodes de délivrance.

De toute façon, dans le service, la pesée systématique du sang perdu au cours de tous les accouchements n'est pas effectuée. Certes dans la plupart de nos observations, l'hémorragie qui s'est produite au moment de la délivrance a été mesurée et pesée mais il est impossible de faire état d'une définition pondérale de l'hémorragie en raison de l'absence d'une série de contrôle. C'est donc, à chaque fois, la critique de l'observation qui a permis de définir l'hémorragie de la délivrance. Dans le service, la première sage femme note elle-même dans un cahier spécial toutes les particularités de tous les accouchements, et c'est la même personne qui, par conséquent, au cours des 7 années de référence, a effectué la critique de ces observations et a permis de définir de façon continue la notion d'hémorragie de la délivrance.

Si le chiffre absolu de nos hémorragies de la délivrance

peut donc etre sujet à critique, par contre leur répartition selon différentes modalités de l'accouchement parait au contraire réalisable de façon précise.

Nous pouvons donner cependant à titre de comparaison globale et d'ordre de grandeur plutôt que de mesure, le nombre des hémorragies de la délivrance qui sont consignés dans les thèses de fonctionnement intéressant la clinique Baudelocque des années 1925 à 1931 inclusivement. Pendant ces 7 années 17.527 accouchements avaient été effectués, parmi lesquels 605 hémorragies de la délivrance avaient été observées, soit une fréquence de 3,5 % ce qui est plus du double de la nôtre (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10).

B - Gravité des hémorragies de la délivrance

Pour juger de la gravité d'une hémorragie, plusieurs critères statistiques sont possibles. On peut par exemple mesurer la quantité de sang perdu, ou juger du retentissement maternel sur le pouls et la tension.

Nous n'avons pu de façon continue et très exacte conserver ces caractères. En effet si dans la plupart de nos observations le sang perdu était strictement mesuré, le résultat de cette mesure n'avait pas été retranscrit dans un certain nombre de dossiers dont certains comportaient des hémorragies très graves.

D'autre part, le retentissement tensionnel et circulatoire n'avait pas toujours été noté avec suffisamment de précision et de continuité pour nous permettre de faire état de chiffres ayant une valeur statistique. Le critère le plus précis est probablement celui des transfusions effectuées, et ici, les faits ont été notés très soigneusement dans la totalité des observations. C'est donc lui que nous avons conservé comme critère de gravité, avec naturellement toutes les imperfections qu'on peut lui trouver. En particulier la décision de transfuser une femme a souvent été prise dans des conditions d'urgence par le personnel de garde et cette décision est sujette naturellement aux variations d'une indication clinique liée à des facteurs individuels. Mais dans l'ensemble il nous a paru que c'était le critère le plus précis dont nous puissions faire état.

CHAPITRE II

RESULTATS D'ENSEMBLE

Voici année par année les chiffres observés.

Années	Nb. d' accou.	Nb. d' hem.	% Hem accou.	Nb. de Fem. Trans.	% T/ accou.	% $\frac{T}{H}$
1956	2630	60	2,3	12	0,5	20
1957	2716	39	1,45	13	0,5	33
1958	2807	27	1	16	0,6	59
1959	2992	42	1,4	31	1,1	74
1960	2937	48	1,7	30	1	62
1961	2954	50	1,8	24	0,8	48
1962	3023	33	1,1	12	0,4	37
TOTAL	20059	299	1,5	138	0,69	46,2

A - Fréquence des hémorragies de la délivrance

On voit sur ce tableau que la fréquence des hémorragies est variable avec les années. Mais ces variations paraissent irrégulières. On a l'impression d'une évolution par vagues successives. Quoiqu'il soit possible naturellement que ces variations puissent correspondre aux habitudes du personnel de garde et aux thérapeutiques employées, ainsi qu'aux directives formulées à ce sujet. Ces variations dans l'ensemble, nous ont paru d'amplitude relativement modeste et assez peu significative .

B - Gravité des hémorragies de la délivrance

Par contre le pourcentage des femmes transfusées parmi celles qui ont saigné, nous paraît avoir évolué de façon assez inattendue vers une augmentation assez progressive jusqu'en 1959 puis vers une diminution secondaire. Il est possible ici que les habitudes du service et les instructions données au personnel de garde à ce sujet aient une influence prépondérante.

On peut, peut être, juger de la gravité générale des hémorragies par la quantité de sang qu'ont reçue ces femmes à titre de réanimation, ces 138 femmes transfusées se décomposent ainsi :

- 88 d'entre elles ont reçu 500 g. de sang,
- 36 d'entre elles ont reçu 1 litre de sang,
- 10 d'entre elles ont reçu 1 litre et demi de sang,
- 2 d'entre elles ont reçu 2 litres de sang,
- 2 d'entre elles ont reçu une quantité supérieure à 2 l.

D'autre part une femme est morte parmi ces femmes qui ont saigné. Certes la responsabilité directe de l'hémorragie n'est pas totale, mais elle nous a semblé du moins partielle ainsi qu'en fait foi le résumé suivant de l'observation :

OBSERVATION n° 1733 de 1958

Une femme de 41 ans, tertipare accouche après un travail ayant duré 5 heures. Une application de spatules de Thierry est pratiquée en occipito-iliaque gauche-transverse pour arrêt de progression. L'anesthésie en vue de l'application des spatules est faite au cyclopropane. On laisse alors la femme se réveiller. La délivrance naturelle a lieu 10 minutes après. On injecte aussitôt 5 unités de post-hypophyse par voie intra-murale. Puis on endort à nouveau pour réparer l'épisiotomie. Cette deuxième anesthésie à lieu 20 minutes après la première. Elle est conduite cette fois au Penthotal. Pendant l'anesthésie, une hémorragie apparemment modérée se produit et des ocytociques sont injectés de nouveau par voie intra-murale. La femme n'est revue ensuite que 10 minutes après la fin de la réparation périnéale. Elle a modérément saigné [illegible] is présente surtout un état de collapsus gravissime La réanimation massive ne peut empêcher la mort dans les minutes qui ont suivi. L'autopsie n'a montré aucune lésion anatomique capable d'expliquer la mort et en particulier pas de rupture utérine ni de lésion génitale autre.

C - Cas particuliers

Deux observations très particulières sont encore à relever parmi ces hémorragies de la délivrance.

L'une est un placenta acreta : une V pare ayant comme antécédents 2 curetages et une hémorragie de la délivrance, commence à saigner alors que le placenta n'est pas décollé. Une délivrance artificielle est décidée, mais celle-ci se révèle impossible

aucun plan de clivage ne pouvant être trouvé. La femme est immédiatement transportée en salle d'opération et hystérectomisée d'extrême urgence. La guérison est obtenue au prix d'une réanimation de 3 litres et demi de sang.

Chez cette femme l'enfant était d'ailleurs mort "in utero "

Enfin au cours d'une révision utérine pour vérification de la cicatrice de césarienne antérieure une hémorragie s'est produite et il a été constatée simultanément qu'une brèche existait sur cette cicatrice, brèche qui a été suturée immédiatement.

On peut également noter que, au cours de cette série de 20059 accouchements, il n'a pas été révélée une seule observation d'afibrinémie ayant entrainé une hémorragie de la délivrance (certes, nous avons exclu de cette statistique les opérations césariennes ou la délivrance offre des caractères qui nous ont paru très différents de ceux qui suivent les accouchements naturels, or une modification importante du fibrinogène avait été notée dans une opération césarienne pour apoplexie utero-placentaire). Mais dans nos observations d'accouchements par les voies naturelles aucune hémorragie de la délivrance par afibrinémie n'a été relevée. Il est à remarquer cependant que pendant la meme période 2 femmes ayant accouché par les voies naturelles hors de la maternité Baudelocque ont été adressées secondairement dans le service pour troubles graves de l'hémostase, et nous ont paru avoir un taux de fibronigène très bas, soit par consommation de fibrinogène au cours de l'hémorragie qui a précédée sa mesure, soit peut etre par afibrinémie proprement dite.

Pour comparer la gravité de nos hémorragies de la délivrance actuelles avec celles d'une période antérieure nous pouvons reprendre la statistique portant sur les 17527 accouchements de 1926 à 1931. Pendant cette période les 605 hémorragies avaient entrainé 18 morts maternelles.

CHAPITRE III

REPARTITION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE SELON LES AGES ET LES PARITES

Voici les résultats que nous avons observés des hémorragies et du nombre de femmes transfusées en fonction de leur âge et de leur parité.

AGE	1pare	2pare	3pare	4pare	Nèpare	TOTAL
- de 20 ans	6/16	1/3				719
20 à 24 ans	27/58	7/19	3/9	1/2	1/1	39/89
25 à 29 ans	22/48	11/30	8/17	1/7	3/8	45/110
30 à 34 ans	8/16	2/3	1/7	5/9	6/10	22/45
35 à 39 ans	5/7	4/7	3/3	2/4	4/7	18/28
+ de 40 ans	0/2	2/2	1/2	1/1	0/1	4/8
TOTAL	68/147	27/64	16/38	10/23	14/27	

Le rapport inscrit dans chaque case est celui des transfusions rapporté au nombre d'hémorragies : $\frac{T}{H}$

Ce tableau est présenté pour montrer comment se répartissent la totalité de nos chiffres. Mais pour faire apparaître des différences évocatrices, il est indispensable de les regrouper.

Nous allons d'abord regrouper les hémorragies, en fonction de l'âge seul et en ne prenant plus 6 classes de femmes, mais seulement 3, selon le tableau suivant :

AGE	Nb. Hem.	% Q qui ac. dans Serv. à ces ages	Fréquence des Hem.	Nb. de Transf.	% de T. chez fem. saignant
- de 25	108	48	1,12	46	43
25 à 35 a.	155	44	1,75	67	43
+ de 35 a.	36	9	2	22	61

On constate sur ce tableau que la fréquence des hémorragies augmente très nettement avec l'age et double presque entre les classes extrêmes. L'on remarque qu'elles augmentent aussi de gravité si l'on juge tout au moins la gravité comme nous le faisont ici par le pourcentage de femmes transfusées. Et en particulier l'âge de 35 ans paraît une sorte de charnière. Avant 35 ans le pourcentage de femmes transfusées est à peu près stable mais il augmente nettement au délà de 35 ans.

Nous n'avons évidemment pas d'explication à proposer pour ce fait d'observation. Cependant il se recoupe avec un certain nombre d'informations statistiques concernant l'évolution avec l'âge de la pathologie gravidique et féminine en général. Un certain nombre de facteurs, telles la fécondité, ou la mortalité foetale, sont influencés par l'âge et semblent varier de façon plus rapide à partir de 35 ans.

Mais une autre explication vient à l'esprit, ne pourrait-il pas s'agir d'une liaison âge-parité ? Autrement dit, l'augmentation de fréquence des hémorragies chez les femmes âgées, ne tient-elle pas seulement au fait que ces femmes âgés sont plus souvent des multipares que les femmes jeunes. La vérification montre qu'il n'en est rien.

Considérons en effet le tableau suivant qui est extrait du ler tableau.

Parités	Nb. Hem.	% acc. à cette par.	Fréquence des hem.	Nb. fem. transfus.	% de transf.
I	147	44	1,65	68	46
II	64	26	1,25	27	43
III	38	13	1,45	16	42
IV	23	7	1,65	10	43
+ de IV	27	9	1,50	14	52

A la lecture de ce tableau on est frappé par le fait qu'il n'existe pas de différences très notables entre primipares et multipares et que même les grandes multipares n'ont pas saigné de façon tellement plus fréquente que les autres.

Ceci nous paraît avoir deux conséquences :

1 - La répartition des parités n'explique par l'augmentation avec l'age de la fréquence et de la gravité qui sont liés par conséquent au terrain maternel lui-même et peut être à la patholo-

gie accumulée avec l'âge.

2 - La gravité et la fréquence classiques des hémorragies de la délivrance chez les multipares ne sont plus observées. Peut être a-t-on justement été prévenu de cette fréquence et de cette gravité et par conséquent une thérapeutique prophylactique a-t-elle été utilisée largement dans le service ce qui explique les résultats ci-dessus. Par conséquent, si nous voulons progresser de façon notable ultérieurement, tout en maintenant la rigueur de la surveillance des multipares (un relachement de la surveillance risquerait naturellement d'être aussi catastrophique qu'antérieurement) nous devons dépister les circonstances autres que la parité où des hémorragies de la délivrance surviennent. Ceci fait l'objet notamment des chapitres suivants :

Mais auparavant, pour situer nos observations dans un cadre plus général, nous allons reproduire ici le tableau extrait du travail présenté par MM. M. MOINE et Cl. MOINE sur la mortalité maternelle suivant l'âge et la cause du décès en plusieurs pays :

On indique dans chaque case le nombre de morts maternelles, par hémorragie au cours de la grossesse et de l'accouchement. Pour 100 000 nés vivants.

PAYS	ANNEES	15 - 49 a.	15-19 a.	20 - 24 a	25 - 29.	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
CANADA	1952	18,4		11,6	12,4	18	37,9	95,3	95,3
ETATS-UNIS	1950	14,8	4,6	7,7	12,7	20,1	39,6	57,9	132
JAPON	1951	47,8	32,7	22,6	30	56,9	108	177	218
ALLE-MAGNE	1952	25,1	6,7	10,9	20,9	20,7	57,8	88	20,6
FRANCE	1951	10,5	5,7	5,2	7,3	12,6	24,9	37,7	
ITALIE	1951	31,1	5,3	21,6	22	28,4	56,4	84,3	124
PAYS-BAS	1951	22,3	18,9	7,8	12,5	20,6	36,3	74,7	81,4
ANGLET. & GALLES	1951	13,3	6,9	4,8	10,5	12,1	35	43,8	128
SUEDE	1951	12,7		7,2	3,1	12,6	37,7	66,3	

D'Après M. MOINE et Cl. MOINE. Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, Tome 9, n° 4

On constate, comme pour nos femmes, que l'augmentation avec l'âge des décès par hémorragie obstétricale est considérable dans tous les pays cités ici.

CHAPITRE IV

LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'ETAT DE L'ENFANT

A - Poids de l'enfant

En fonction du poids de l'enfant, le nombre d'hémorragies observées et de transfusions figure sur le tableau suivant :

POIDS	Nb. Hemor.	Nb. Trans.	% de $\frac{T}{H}$
- de 2500	29	24	83
de 2500 à 3000	40	20	50
de 300 à 3500	93	32	34
de 3500 à 4000	98	48	49
+ de 4000	37	12	32

Si l'on regroupe ces hémorragies en fonction de 3 groupes seulement de poids d'enfants on obtient le tableau suivant :

POIDS	Nb. Hem.	% acc. à ce p.	Freq. hem.	Nb. de trans.	% de trans.
- de 2500	29	9	1,6	24	83
de 2500 à 4000	231	85	1,35	100	43
+ de 4000	37	5,7	3,25	12	32

On constate sur ces tableaux que lorsque l'enfant est prématuré (pèse moins de 2500 g.) les hémorragies sont un peu plus fréquentes que la moyenne et assez sévères dans l'ensemble.

D'autre part, la fréquence des hémorragies est grande lorsque l'enfant pèse plus de 4000 g. On retrouve ici le fait bien connu de la fréquence des hémorragies en cas de surdistension utérine.

Cependant, ces hémorragies fréquentes ont été dans l'ensemble relativement peu graves, si l'on en juge par le nombre de transfusions effectuées.

B - Vitalité de l'enfant

En fonction du fait que l'enfant était vivant ou mort, on aboutit au tableau suivant :

Période de la mort de l'enf.	Nb. d' Hém.	Fréq. hemor.	Nb. de Trans.	Fréquence des trans.
mort "in utero"	14	4,5 %	14	100 % ($\frac{14}{14}$)
mort au travail	4	2,5%	2	50 % ($\frac{2}{4}$)
mort des suites de naissance	3	0,95%	3	100% ($\frac{3}{3}$)

On constate sur ce tableau qu'en cas de mort "in utero" les hémorragies de la délivrance paraissent un peu plus fréquentes Il est à remarquer que nous n'avons pas observé d'afibrinémie proprement dite dans cette série d'observations mais on peut se demander cependant si des anomalies mineures de la coagulation, n'ont pas pu expliquer cette relative fréquence des hémorragies lorsque l'enfant est mort avant le début du travail. Les chiffres intéressant les autres catégories de morts ne nous paraissent pas être suffisants pour avoir une valeur significative.

C - Gemellités

Parmi les accouchements gemellaires nous avons observé 10 hémorragies, soit dans 4 % des accouchements gemellaires, ce qui est assez élevé, presque 3 fois plus que la fréquence moyenne. On rejoint ici le fait bien connu que les hémorragies de la délivrance sont particulièrement fréquentes en cas d'accouchement gemellaire. Il est probable que les mesures préventives qui ont été prises dans le service de façon cependant assez rigoureuse en cas de grossesse gemellaire n'ont pas encore été suffisantes pour éliminer complètement ce facteur étiologique, quoique malgrè tout il est certainement diminué de façon considérable par rapport au relevé qu'avait pu faire dans cette même clinique Baudeloque le professeur Agrégé GRANJON. Celui-ci en effet parmi

1000 accouchements gemellaires effectués de 1914 à 1944 avait retrouvé 119 hémorragies de la délivrance soit une fréquence d'environ 11,9 % : Ces hémorragies avaient entrainé 13 cas de mortalité maternelle (4)

CHAPITRE V

LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES ANTECEDENTS HEMORRAGIQUES

A - Cycle Menstruel

Nous avons d'abord fait le relevé des hémorragies et de leur gravité en fonction de la durée des règles telles qu'elles sont consignées sur les observations obstétricales et nous avons dressé le tableau suivant :

Durée des règles	Nb. d'hémor.	Nb. de trans.	Fréquence des hémorragies
2 - 3 jours	42	21	50 %
4 et 5 jours	151	64	42 %
6 et 7 jours	47	24	51 %
8 jours et +	26	8	31 %

Il ne nous a pas paru qu'il y ait de différences notables quant à la gravité des hémorragies chez les femmes dont les règles sont longues.

B - Hémorragies de la délivrance itératives

De même il ne semble pas que les antécédents d'hémorragies de la délivrance aient influencé de façon importante la fréquence et la gravité des hémorragies relevées comme en fait foi le tableau suivant :

Hem. chez des femmes ayant déjà eu des hemor. de la déliv. antérieurement.	Transf. chez ces mêmes femmes	% de transfusions
41	17	41 %

Mais il parait bien probable que l'existence de ces antécédents attire suffisemment l'attention de l'équipe de garde pour qu'une thérapeutique prophylactique soit habituellement pratiquée.

C - Hémorragies de la grossesse

Si maintenant nous nous intéressons aux femmes qui ont saigné au cours même de la grossesse et de l'accouchement avant la période de la délivrance nous aboutissons au tableau suivant :

1 - Hémorragies de la délivrance chez des femmes qui ont déjà saigné au cours de la grossesse.

Nombre d'hémorragies	Nombre de transfusions
10	8

2 - Hémorragies chez les femmes qui ont déjà saigné au cours du travail :

Nombre d'hémorragies	Nombre de transfusions
14	12

3 de ces femmes ont saigné à la fois pendant la grossesse, pendant le travail et au cours de la délivrance. On pourra etre frappé par le caractère relativement modeste du nombre des femmes qui ont eu des hémorragies au cours de la grossesse ou au cours du travail parmi les hémorragies de la délivrance. On sait en effet que les insertions basses saignent très volontiers au cours de la période de la délivrance, période qui constitue chez ces femmes atteintes d'insertion basse du placenta un risque redoutable. La caractère modéré des chiffres ci-dessus tient peut etre au fait que les formes les plus graves d'insertion basse du placenta ont été césarisées et par conséquent ont été exclues par hypothèse de cette statistique. D'autre part, il est possible que l'attention ait été attirée particulièrement chez ces femmes par le caractère hémorragique de la grossesse ou de la période du travail et que par conséquent des mesures prophylactiques extrémement strictes aient été prises pour éviter les hémorragies de la délivrance qui auraient risqué d'altérer gravement leur pronostic. Il est à noter d'autre part que la plupart des hémorragies du travail associées aux hémorragies de la délivrance par insertion basse du placenta concer-

nent des accouchements d'enfants prématurés. En effet 9 sur 14 des hémorragies du travail ci-dessus concernent des enfants de moins de 2,500 kg. On voit donc que le caractère hémorragique des insertions basses du placenta explique largement à lui-seul l'excès apparent des hémorragies lorsque l'enfant est prématuré. Car si l'on retranche 9 hémorragies du travail chez les prématurés il ne reste que 20 cas. Et cette fréquence résiduelle n'est pas plus élevée que celle des enfants pesant à la naissance entre 2,500 kg. et 4 kg.

CHAPITRE VI

HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES AVORTEMENTS ANTERIEURS

On a montré depuis fort longtemps que les femmes ayant des antécédents d'avortements étaient plus sujettes que d'autres à faire des hémorragies de la délivrance. Voici les chiffres que nous a donné la présente statistique. Parmi nos femmes, 63 avaient avorté au moins 1 fois avant la grossesse ayant donné lieu à une hémorragie de la délivrance. Parmi ces 63 femmes, 43 n'avaient avorté qu'une fois, 15 avaient avorté 2 fois, 5 avaient avorté plus de 2 fois.

Parmi ces memes 63 femmes, 48 avaient subi au moins 1 curettage, 11 avaient subi 2 curettages, 4 avaient subi plus de 2 curettages.

Naturellement quand nous disons qu'une femme a subi 2 curettages, il s'agit des faits qui sont consigné dans l'observation obstétricale que nous avons analysée rétrospectivement. Il est bien évident qu'un certain nombre de curettages ont sans doute été oubliées par un certain nombre de femmes et que ces chiffres sont probablement inférieurs à la réalité. Si nous essayons de juger la fréquence des hémorragies chez les femmes ayant subi des avortements curettés, il faut nous reporter à leur fréquence générale parmi les femmes qui accouchent dans le service :

La fréquence des antécédents d'avortements curettés est d'environ 11 % et ceci nous permet de calculer qu'un peu plus de 2 % des femmes qui disent avoir eu un curettage dans leurs antécédents ont une hémorragies de la délivrance. Ceci est sensiblement supérieur à la moyenne. Mais naturellement aucun caractère significatif ne peut être attribué à ces chiffres en raison du caractère rétrospectif de notre enquête et des variabilités des dires des femmes au sujet de leur antécédents d'avortements.

Quant à la gravité des hémorragies chez les femmes ayant saigné au moment de la délivrance, il a été effectué 40 transfusions, soit dans 63 % des cas. Ceci est notablement supérieur

à la moyenne générale des transfusions au cours des hémorragies de la délivrance. Parmi les 48 femmes dont au moins un avortement avait été cureté, 32 ont été transfusées, c'est-à-dire une proportion d'environ 67 %. Pour plus de précision, on peut comparer ce chiffre de 67 % à la proportion de femmes transfusées parmi celles qui ont eu une hémorragie de la délivrance et ont déclaré avoir eu un ou plusieurs avortements dans leurs antécédents sans curettage : chez ces femmes, au nombre de 15, il y eut 8 transfusions, soit 53 %, ce qui parait, mais de façon non statistiquement significative, inférieur aux 67 % cités plus haut.

CHAPITRE VII

LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

AVANT LA PERIODE DE LA DELIVRANCE

A - Durée du travail

Nous avons d'abord fait le calcul des hémorragies de la délivrance et de leur gravité relative en fonction de la durée du travail :

	- de 3h30	de 3h 30 / 5 h. 30	de 5h 30 / 7h. 30	de 7h30 /10 h	+ de 10 h
I pares	2/2/	19/30	12/30	17/38	21/43
II pares) III pares)	7/22	19/37	10/25	5/13	1/4
X pares	7/11	5/17	5/11	3/6	3/3

(On a inscrit dans chaque case le rapport des transfusions aux hémorragies).

On peut résumer les faits par un tableau abrégé :

Parité	- de 5 h 30	de 5h30 à 7h30	+ de 7 h 30
I pares	21/32 = 66%	12/30 = 40%	38/81 = 47%
II pares	38/87 = 44%	15/36 = 42 %	12/36 = 46 %

On constate sur ces différents tableaux un seul fait notable : les hémorragies de la délivrance paraissent particulièrement graves lorsque le travail est de durée brève chez la primipare. Ailleurs, les différences sont peu nettes où portent sur des chiffres absolus très faibles. Nous ne nous attendions guère à trouver une telle gravité des hémorragies chez la primipare

Nous ne nous attendions guère à trouver une telle gravité

dont le travail a été relativement bref. Nous nous attendions au contraire à trouver des hémorragies plus importantes chez les femmes dont le travail a été anormalement long, favorisant par là même une inertie utérine secondaire, source de l'hémorragie de la délivrance.

Nous n'avons pas d'explication précise à donner à cette apparence de gravité des hémorragies de la délivrance chez les primipares dont le travail a été rapide. Il est probable que l'on puisse cependant rapprocher ces faits d'autres faits observés au sujet du pronostic foetal des accouchements rapides : l'accouchement idéal pour le foetus est celui qui n'est ni trop long ni trop rapide et on retrouve ici que pour le pronostic maternel, l'accouchement le meilleur est probablement aussi celui qui n'est ni trop long, ni trop rapide. Quant à l'étiologie elle meme de ces hémorragies chez les femmes qui ont eu un travail rapide, il est difficile d'apporter même une hypothèse. Il est probable que ces femmes correspondent à 2 groupes : celles d'une part chez qui les contractions utérines ont été particulièrement intenses et au contraire celles chez qui, à une contraction normale s'est opposée une résistance du col et des parties molles inhabituellement faible, et chez qui, par conséquent, des contractions normales ont pu amener un accouchement rapide. Nous ne pouvons pas définir de façon précise dans quelle catégorie se situent les accouchements rapides ayant donné lieu à des hémorragies de la délivrance telles que nous les avons observées.

B - Durée de l'expulsion seule

De la même façon avons-nous calculé la gravité des hémorragies en fonction de la durée de l'expulsion et les faits sont consignés dans le tableau suivant :

T/H (rapport du nombre de femmes transfusées au nombre de femmes femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance) en fonction de la durée de l'expulsion.

Primipare - de 20 minutes	de 21 à 40 mi.	de 41 à 60 m.	+ de 60 minu.
28/54	27/52	11/28	2/9
soit 52 %	soit 52 %	soit 39 %	soit 22 %

Multipares		
moins de 20 m.	plus de 20 m.	
55/129	10/20	
soit 43 %	soit 50 %	

On peut dire en résumé que le seul fait apparent de ce tableau concerne encore une fois les primipares. Celles dont l'expulsion a durée moins de 40 minutes ont eu 106 fois une hémorragie de la délivrance, dont 55 transfusions (52 %) alors que les primipares dont l'expulsion a duré plus de 40 minutes ont présenté seulement 37 hémorragies de la délivrance dont 13 ont été transfusées (35 %)

Il est probable que les circonstances expliquant la rapidité de la durée d'expulsion chez la primipare sont de même nature globalement que celles expliquant la brièveté du travail chez la primipare.

C - Perfusions

On peut rapprocher des faits précédents les cas observés chez les femmes qui ont eu au cours du travail avant la période de la délivrance une thérapeutique ocytocique. En effet, la prescription d'ocytociques avant la naissance a souvent correspondu à des anomalies dynamiques, et par conséquent, il y a peut être là un moyen de juger également l'influence des circonstances de la dynamique utérine sur la période de la délivrance. On aboutit au au tableau suivant :

Femmes ayant reçu	Nb; d'hem.	Nb. de trans.	Fréquence des transfusions
Spartéine	87	47	54 %
Hypophyse intra-musculaire	16	8	50 %
Perfusion de post-hypophyse	15	9	60 %
TOTAL	118	64	54 %

Il ne semble pas absolument évident que les hémorragies de la délivrance soient particulièrement graves chez les femmes ayant reçu une thérapeutique ocytocique au cours du travail. La seule chose que l'on puisse noter est le cas des perfusions de post-hypophyse, un calcul cupplémentaire nous a montré que près de 2 % des femmes ayant subi une perfusion avaient présenté une hémorragie de la délivrance et, par conséquent, on peut dire, de façon non significative, que les femmes ayant subi une perfusion de post-hypophyse ont cependant, peut être, une tendance à saigner un peu plus souvent que la moyenne et que leurs hémorragies sont peut être au moins aussi graves que la moyenne. Naturelle

ment les précautions classiques quant au hémorragies consécutives aux perfusions de post-hypophyse ont été appliquées dans le service. En particulier, si la perfusion de post-hypophyse n'a pas été laissée en place après la naissance, on lui a substitué en quelque sorte l'injection par voie parentérale d'ocytociques majeurs.

D - Applications de forceps

Quant aux applications de forceps, il a été noté 29 hémorragies de la délivrance, soit pour la période considérée dans environ 3,4 % des applications de forceps, ce qui est le double de la fréquence moyenne des hémorragies de la délivrance. Et ici, il n'est pas possible de ne pas incriminer le rôle des produits anesthésiques utilisés pour endormir la femme au moment de l'application de forceps sur la dynamique utérine et sur la marche normale de la période de la délivrance. Naturellement, il est habituel, dans le service, de ne pas faire de délivrance artificielle systématique en cas d'application de forceps mais de suivre après l'utilisation des forceps les règles habituelles de surveillance de la délivrance et de ne faire une intervention intra utérine que dans les cas où les symptômes cliniques le font juger nécessaire.

Quant à la gravité de ces hémorragies, sur 29 cas 19 ont été transfusés, soit une proportion nettement supérieure à la moitié.

E - L'état du périnée

On peut examiner maintenant le caractère des lésions périnéales après l'accouchement. Le tableau suivant en rend compte.

Etat du périnée	Nb; d'hem.	Fréquence des hemor.	Nb; de transf.	Fréquence des transf.
périnée intacts	206	1,35	96	47 %
Déchirure périnéale	47	1,70	20	43 %
Episiotomie	45	2,05	25	55

On constate qu'en cas d'épisiotomie, les hémorragies sont au moins aussi graves que dans les autres cas.

Il est probable qu'ici le saignement qui provient de l'épisiotomie elle-meme joue un role non négligeable et que, dans un certain nombre de cas, des hémorragies dites de la délivrance ont été en réalité des hémorragies périnéales ou mixtes, mais malheureusement la lecture rétrospective des observations ne nous permet pas de juger de la fréquence de ces faits.

CHAPITRE VIII

LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'HEURE DE DEBUT DE L'HEMORRAGIE

Donnons d'abord les résultats chiffrés ::

A - Hémorragies survenant avant la délivrance.

Nb. de minutes avant la délivran.	Hémor.	Transfus.	% de transf.
- de 10 min.	38	20	53
de 10 à 29 m.	49	19	39
de 30 à 49 m.	27	13	48
+ de 50 m.	4	1	25
TOTAL	118	53	45 %

B - Hémorragies survenant après la délivrance

Nb. de minutes après la délivran.	Hémorragies	Transf.	% de transf.
- de 10 min.	101	38	38
de 10 à 29 m.	31	18	58
de 30 à 59 m.	11	4	36
+ de 60 m.	21	14	66
TOTAL	164	74	45

On constate un seul fait notable : les hémorragies qui surviennent longtemps après la délivrance semblent plus graves que les autres. Il est possible d'ailleurs qu'il y ait là un problème de surveillance, soit que ces hémorragies aient été d'extériorisation tardive et par là même plus graves, soit que le fait qu'elles aient débuté tardivement ait correspondu à un moment où la surveillance de la femme s'était quelque peu relachée.

C - Hémorragies en fonction de l'heure de l'accouchement dans la journée de 24 heures

Voici les faits

HEURES	Hemor.	Transfus.	% de transfus.
1 et 2 h	24	10	42
3 et 4 h	41	19	46
5 et 6 h	30	14	47
7 et 8 h.	24	10	42
9 et 10 h.	21	12	57
11 et 12 h.	32	12	38
13 et 14 h.	15	6	40
15 et 16 h.	16	7	44
17 et 18 h.	16	8	50
19 et 20	24	11	46
21 et 22 h.	27	14	52
23 et 24 h.	27	15	56

On voit nettement apparaître le role de l'attention et de la fatigue.

Le minimum se situe dans les premières heures de l'après midi, probablement parce que le personnel de garde vient d'être relevé. Ensuite, au fut et à mesure que l'heure avance, le nombre des hémorragies augmente et atteint un maximum vers 3 ou 4 heures du matin, moment ou les hémorragies sont 2 fois et demi plus fréquentes qu'en début d'après midi. Puis les chiffres baissent en fin de nuit, avec un dernier maximum en fin de matinée.

Par contre, la gravité des hémorragies reste à peu près la même aux diverses heures de la journée si l'on juge du moins la gravité par le pourcentage de transfusions.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

D.A. = Délivrance Artificielle M = Methergin

Hyp = Hypophyse en intra murale R.U. = Revisions Utérines

A - Délivrance Artificielles

Traitement	Hémorrag.	Transfus.	+ de transfus.
D.A. (en tout)	105	51	49
D.A. (seules)	31	18	58
D.A. + Hyp	55	24	44
D.A. + M	5	3	60
D.A. + Hyp + M	14	6	43
TOTAL des D.A. + Hyp	69	30	43,5 %
TOTAL des D.A. + M	19	9	47

B - Revision utérines

Traitement	Hemorrag.	Transfus.	% de transfus.
R.U. (en tout)	81	42	52
R.U. (seule)	16	6	38
R.U. + Hyp	44	23	52

Traitement	Hemorrag.	Transfus.	% de TRANSFU
R. U. + M	2	1	1/2
R. U. + Hyp + M	19	12	63
TOTAL des R. U. + Hyp	63	35	55,5
TOTAL des R. U. + M	21	13	62

C - Hypophyse en intra-mural

Traitement	Hemorrag.	Transfus.	% de transfus.
Hyp (en tout)	217	98	45
Hyp (seule)	66	25	38
Hyp + M	19	8	42

D - Methergin

Traitement	Hémorrag.	Transfus.	% de transfus.
Methergin (en tout)	64	34	53
Methergin (seul)	5	4	4/5

NB: chaque fois que l'on a parlé dans ces 4 derniers tableaux d'hypophyse l'on entendait : hypophyse intra-murale.

En résumé, il est possible qu'il y ait moins de transfusions lorsque l'ocytocique utilisé était l'hypophyse par voie intra murale plutôt que le Methergin.

CONCLUSIONS

I - Une analyse en série continue de 299 hémorragies de la délivrance est présentée.

II - Leur gravité est mesurée tout spécialement par le nombre de transfusions effectuées.

III - La fréquence des hémorragies de la délivrance et surtout leur gravité augmentent progressivement avec l'âge de la mère.

IV.- La fréquence des hémorragies de la délivrance et leur gravité sont à peu près également réparties entre primipares et multipares.

V - Les hémorragies de la délivrance sont plus fréquentes lorsque les utérus sont surdistendus (gemellité et gros enfants).

VI - Les hémorragies de la délivrance sont plus fréquentes et plus graves lorsque l'enfant est mort in utero".

VII - Les hémorragies de la délivrance ne semblent pas être influencées par la durée des règles.

VIII - Les hémorragies de la délivrance sont peut être plus fréquentes et plus graves chez les femmes ayant des antécédents d'avortements curettés.

IX - Les hémorragies de la délivrance sont plus graves chez les primipares qui ont eu un travail et une expulsion très rapides.

X - Les hémorragies de la délivrance sont plus graves et plus fréquentes après application de forceps.

XI - Les hémorragies de la délivrance sont plus graves lorsqu'elles sont de révélation tardive.

XII - Les hémorragies de la délivrance sont plus fréquentes la nuit que le jour.

Vu le Président de Thèse

Professeur LACOMME

Vu le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I - ABRAHAMIAN Ara

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1928)
(Thèse de Paris 1930 p. 141

2 - BALLAIRE Roger

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1925)
Thèse de Paris 1928

3 - DEROIDE Bernard-François

Hémorragies de la délivrance au cours des accouchements gemellaires.
Thèse de Paris 1945

4 - GRANJON

Les interventions au cours des accouchements gemellaires.
Soc. Obst. 1944, p. 133, 201, 220, 231, 421

5 - GRASSET Jacques

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1926)
Thèse de Paris 1929

6 - LAURIAT Ernest

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1930)
Thèse de Paris 1933

7 - LEVECQ Léon

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1931)
Thèse de Paris 1933

8 - MOINE M. et Cl.

La mortalité maternelle suivant l'âge et la cause du décès dans différents pays.
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, Tome 9, n° 4
(Oct - Dec. 1954, p. 195)

9 - PRADAUDE André

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1929)
Thèse de Paris 1931

10 - RENAUD Marcel

Fonctionnement de la maternité Baudelocque (année 1927)
Thèse de Paris 1929

11 - RIVIERE

La mortalité maternelle au cours de la puerpéralité
Congrès de Paris 16 Juin 1959-

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90